



Gastroscoopie met focale radiofrequentie-ablatie (RFA) van een Barrett-slokdarm

informatie voor patiënten

WAT IS EEN GASTROSCOPIE ?

Bij een gastroscopie wordt de binnenzijde van de slokdarm, de maag en een stukje van de dunne darm (twaalfvingerige darm) onderzocht.

Een gastroscopie is een soepele buis (sonde) met een camera die een kleurenbeeld van de binnenzijde van de slokdarm, de maag en de dunne darm toont op een televisiescherm. Doorheen de gastroscopie kunnen andere instrumenten ingebracht worden voor het afnemen van weefselstalen (voor onderzoek onder de microscoop). Via de gastroscopie kan lucht ingeblazen worden en kunnen speeksel en maagvocht afgezogen worden om het zicht te verbeteren.

WAT IS EEN BARRETT-SLOKDARM?

Bij een Barrett-slokdarm lijdt u aan een afwijking van de slokdarmwand. Het slijmvlies van het onderste gedeelte van de slokdarm is veranderd in het zogenaamde Barrett-slijmvlies. Dit ontstaat door onder andere het terugstromen van maagzuur en gal. In het slijmvlies kunnen onrustige cellen, dysplasie genaamd, voorkomen.

Bij u is onlangs dysplasie vastgesteld. Om de kans op ontwikkeling van slokdarmkanker te verlagen, willen wij u behandelen met radiofrequentie-ablatie (RFA).

WAT IS RADIOFREQUENTIE-ABLATIE (RFA)?

Het Barrett-slijmvlies wordt gedurende ongeveer één seconde blootgesteld aan radiofrequentie-energie. De warmte die daarbij vrijkomt, wordt opgenomen door de bovenste laag van het slijmvlies, waardoor het Barrett-weefsel zal verdwijnen.

De energie wordt uitgestraald door een dunne metalen draad, die vastgezet is op een klein plaatje (= de focale ablatie). Het plaatje wordt met behulp van een endoscoop ingebracht en maakt contact met de slokdarmwand op de plaats waar het Barrett-slijmvlies zich bevindt. Het slijmvlies zal na de behandeling na enkele weken genezen. Deze behandeling is in diverse onderzoeken veilig en effectief gebleken.



RFA met plaatje

VERDOIVING TIJDENS DE PROCEDURE

Een gastroscopie met RFA wordt altijd uitgevoerd onder sedatie of algemene anesthesie.

Sedatie

Sedatie is het toedienen van een verdovend middel via een injectie in de arm. De veiligheidsvoorwaarden zijn dezelfde als voor een algemene anesthesie.

Algemene verdoving (anesthesie)

Soms kan het nodig zijn de gastroscopie met RFA uit te voeren onder algemene anesthesie.

Een algemene anesthesie of narcose maakt iemand onbewust en ongevoelig voor pijn door de toediening van geneesmiddelen die op de hersenen en de spieren inwerken. Deze geneesmiddelen worden toegediend via een ader of een masker op het gezicht. Op het einde van de procedure zal de arts-anesthesist de toediening van deze geneesmiddelen stoppen, waardoor u weer wakker wordt.

Zoals bij een algemene anesthesie in de operatiezaal moet u bij een gastroscopie onder algemene verdoving een anesthesievragenlijst invullen. Deze kunt u thuis invullen en terugsturen naar de pre-anesthesieraadpleging, UZ Leuven campus Gasthuisberg, Herestraat 49, 3000 Leuven. Afhankelijk van uw leeftijd en/of gezondheids-toestand kunt u uitgenodigd worden om naar de raadpleging pre-anesthesie te komen. U kunt ook zelf een afspraak maken op het nummer 016 34 48 13.

VOORBEREIDING

- 1 Uw behandelende arts bespreekt met u of een **opname** nodig is, of dat de behandeling ambulantly kan gebeuren. Indien nodig wordt er een opname voor één nacht gepland. **U wordt door de opnamedienst de dag voor de opname verwittigd** of er een bed voor u beschikbaar is en de opname kan doorgaan.
- 2 Voor een gastroscopie met RFA moet u **nuchter** zijn vanaf middernacht (dit betekent niet eten, drinken, roken of medicatie innemen). Dit om te vermijden dat resten van voedsel of vocht tijdens het onderzoek in uw longen kunnen lopen, met een ernstig risico op ademhalingsproblemen.

3 Het is belangrijk om vóór het onderzoek te weten of u **bloedverdunnende medicatie** (tabletten of injecties) neemt. U bespreekt best op voorhand met de behandelende arts die de RFA zal uitvoeren of u deze medicatie al dan niet moet stoppen, en zo ja, hoelang op voorhand. Bij twijfel contacteert u op voorhand de dienst endoscopie (tel. 016 34 33 51).

Na de gastroscopie zal de behandelende arts met u bespreken wanneer de medicatie terug gestart mag worden, in functie van de bevindingen tijdens het onderzoek.

4 U vult ook een vragenlijst in om de arts te informeren over uw **algemene gezondheidstoestand** en over de inname van **medicatie**. Het is immers belangrijk dat de arts op de hoogte is van andere gezondheidsproblemen, in het bijzonder hart- en/of longproblemen, pacemaker, defibrillator, hartkunstkleppen, diabetes, eventuele zwangerschap, borstvoeding, besmettelijke aandoeningen of allergie voor medicatie en risico op vallen.

5 **Anesthesie.** U gaat na de diagnostische gastroscopie langs op de pre-anesthesieraadpleging of u vult de preoperatieve vragenlijst in en stuurt deze zeker twee weken voor de behandeling op naar de pre-anesthesieraadpleging. Als u langs moet komen voor bijkomende onderzoeken wordt u hiervan verwittigd.

HOE VERLOOPT EEN GASTROSCOPIE MET RFA?

Bij het begin van het onderzoek gaat u op de zijkant van de onderzoekstafel zitten en wordt uw keel met een spray verdoofd. Uw keel voelt hierdoor dik aan, zoals bij een verdoving bij de tandarts, maar u kunt normaal blijven ademen.

Het onderzoek begint terwijl u op uw linkerzijde ligt. De verpleegkundige plaatst een mondstuk in uw mond, waar u op mag bijten. Dit mondstuk wordt door een elastiek rond uw hoofd op zijn plaats gehouden. Het onderzoek gebeurt altijd onder sedatie of een algemene anesthesie.

De behandeling duurt 15 tot 30 minuten.

Er zijn verschillende behandelmethodes.

Focale ablatie met plaatje op de scoop

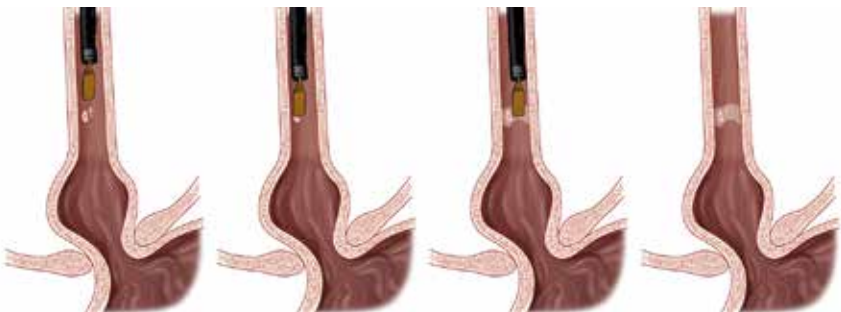
Bij deze behandeling wordt er een toestel aan de tip van de endoscoop bevestigd. De endoscoop met het plaatje wordt ingebracht in de slokdarm. De arts zet het plaatje tegen de wand van de slokdarm waar het Barrett-slijmvlies aanwezig is. Het RFA-systeem wordt gedurende ongeveer één seconde ingeschakeld. Afhankelijk van de lengte van het Barrett-slijmvlies wordt de endoscoop met het plaatje verplaatst en gaat deze nog eens warmte uitstralen.





Focale ablatie doorheen de scoop

Bij deze behandeling wordt de katheter doorheen de scoop ingebracht. De endoscoop wordt ingebracht in de slokdarm. De arts zet het plaatje tegen de wand van de slokdarm waar het Barrett-slijmvlies aanwezig is. Het RFA-systeem wordt gedurende ongeveer één seconde ingeschakeld. Afhankelijk van de lengte van het Barrett-slijmvlies wordt de endoscoop met het plaatje verplaatst en gaat deze nog eens warmte uitstralen.



We streven ernaar om alle onderzoeken volgens de hoogste kwaliteitsnormen uit te voeren, en maken hierbij gebruik van up-to-date materiaal.

NA DE BEHANDELING

Na de behandeling gaat u eerst naar de uitslaapkamer van endoscopie of het operatiekwartier. U verblijft hier minstens twee uur.

De eerste uren na de behandeling kunt u last hebben van een opgeblazen gevoel en pijn in de buik. Dit komt omdat er tijdens de behandeling lucht in de slokdarm, maag en de darmen wordt geblazen.

Na twee uur krijgt u van de verpleegkundige een bekertje water. Wanneer u dit vlot kunt drinken mag u pudding eten. Als dit zonder problemen verloopt, kunt u naar huis of naar de afdeling.

Door de ontsteking na de behandeling ontstaan er bij de meeste mensen gedurende de eerste twee weken klachten. Het gaat dan om pijn achter het borstbeen en moeilijkheden bij het doorslikken van voedsel. Meestal verminderen deze klachten na één tot twee weken, uitzonderlijk blijven ze langer bestaan. De eerste dagen na de behandeling kunt u koorts krijgen (zie verder bij medicatie).

U krijgt een dagboekje mee: dit vult u dagelijks in en brengt u mee naar de volgende afspraak.

Dieet

De dag van de behandeling krijgt u na twee uur een bekertje water. Als u dit goed kunt opdrinken, mag u wat zachte voeding eten (pudding). De eerste twee weken na de behandeling raden we aan om nog zachte voeding te eten zoals pudding, yoghurt, brood zonder korsten, goed gekookte spaghetti, afhankelijk van hoeveel last u bij

het eten ondervindt. Ook raden we aan om te sterk gekruid, te zuur en te heet voedsel de eerste twee weken te vermijden.

Medicatie

Het heropstarten van bloedverdunnende medicatie gebeurt in overleg met de behandelende arts en wordt u na het onderzoek meegedeeld door de arts of verpleegkundige.

Om ervoor te zorgen dat de slokdarm goed geneest, krijgt u medicatie voorgeschreven. De medicatie zorgt ervoor dat inwerking van het maagzuur op de wonde zoveel mogelijk vermeden wordt. Het voorschrift en de instructies krijgt u na de behandeling van de behandelende arts of een verpleegkundige en moet u strikt opvolgen.

Bij pijn mag u [paracetamol](#) (bijvoorbeeld Dafalgan®) innemen: maximaal 4 g per dag en om de 6 uur. Mocht de paracetamol niet voldoende helpen, dan kunt u contact met ons opnemen (zie achteraan). Wegens de ontsteking in de slokdarm mag u [geen ontstekingsremmers](#) (zogenaamde 'NSAID') nemen.

Vervolgafspraak

Afhankelijk van de lengte van de Barrett-slokdarm zijn er meerdere behandelingen nodig om het Barrett-slijmvlies volledig te laten verdwijnen (gemiddeld drie). De volgende ablatiebehandelingen worden gepland om de drie maanden.

Wanneer er endoscopisch geen Barrett-slijmvlies meer zichtbaar is, worden er biopsies genomen om te controleren onder de microscoop.

Als al het Barrett-slijmvlies verwijderd is, zijn er het eerste jaar controlegastroscopieën om de drie à vier maanden, het tweede jaar om de zes maanden en nadien jaarlijks.

RISICO'S

Bij een radiofrequentie-ablatie van de slokdarm ontstaat een wonde en kunnen de volgende complicaties optreden.

- ① **Slokdarmontsteking.** Door de ablatie ontstaat er een ontsteking in de slokdarm die over een verloop van acht weken geneest. Door de ontsteking na de behandeling ontstaan er bij de meeste mensen klachten gedurende de eerste twee weken. Hierbij gaat het om een pijn achter het borstbeen en moeilijkheden bij het doorslikken van voedsel. Meestal verminderen de klachten na één tot twee weken, uitzonderlijk blijven ze langer bestaan. De eerste dagen na de behandeling kunt u koorts krijgen. Uitzonderlijk (bij 1 op 100 patiënten) kan het zijn dat de slokdarm slecht geneest en dat de behandeling niet aanslaat.
- ② **Stenose of vernauwing** kan optreden bij 5 tot 10% van de patiënten. De slokdarm is als het ware een dunne pijp. Als de wonde, die door de endoscopische ablatie is ontstaan gaat genezen, ontstaat er littekenweefsel. Dit littekenweefsel is wat stugger dan normaal slokdarmweefsel, waardoor de slokdarm nauwer en minder flexibel kan worden. Hierdoor kan eten soms minder goed de slokdarm passeren. Het niet goed passeren van eten langs de slokdarm begint meestal pas zo'n drie tot vier weken na de behandeling: dan is de slokdarm al grotendeels genezen en ontstaat het littekenweefsel.

Als het eten niet goed de slokdarm wil passeren, moet u contact met ons opnemen. We kunnen u dan een afspraak voor een gastroscopie geven, om zo nodig de slokdarm wat op te rekken (dilateren). Het risico op vernauwing hangt

af van de hoeveelheid weefsel dat tijdens het onderzoek behandeld werd en verschilt van patiënt tot patiënt.

- ③ **Bloeding.** Een bloeding tijdens de behandeling komt zelden voor. Bij 1 op 100 patiënten kan een bloeding ook zeven tot tien dagen na de behandeling ontstaan. U merkt dit doordat u bloed braakt en of zwarte, teerachtige stoelgang heeft. Bij ernstige bloedingen kunt u zich ook duizelig voelen of het bewustzijn verliezen. Wanneer dit gebeurt, moet u zich direct aanmelden op de spoedgevallendienst.
- ④ **Perforatie** is een complicatie die extreem zelden voorkomt tijdens een RFA (< 1 op 40 000 patiënten). Een perforatie is een scheur of een gaatje in de wand van de slokdarm, de maag of de dunne darm. De meeste perforaties kunnen endoscopisch gesloten worden. Bij een klein aantal gevallen moet een operatieve ingreep gebeuren. Soms is dan ook een langere ziekenhuisopname noodzakelijk.
- ⑤ **Aspiratie** treedt uiterst zeldzaam op. Het is een ontsteking van de longen nadat braaksel of veel speeksel in de longen is gekomen, doordat men zich verslikt tijdens of na het onderzoek.
- ⑥ **Infectie.** De gastroscoop is een ingewikkeld optisch-elektronisch toestel bedoeld voor meervoudig gebruik. Het toestel kan niet gesteriliseerd worden door verhitting boven 100° C. Vóór elk nieuw gebruik wordt de gastroscoop echter grondig gereinigd en gedesinfecteerd volgens de internationale wetenschappelijke normen en de bestaande wetgeving. Hoewel het risico op infectie nooit volledig kan uitgesloten worden, is dit toch extreem zeldzaam (1 op 1 800 000 patiënten).

7 **Overlijden.** De kans op overlijden is extreem laag. Hoewel er in de literatuur geen overlijdens gerapporteerd zijn als gevolg van RFA, is dit nooit volledig uitgesloten.

MOGELIJKE RISICO'S VAN DE SEDATIE OF ANESTHESIE

De moderne anesthesie is heel veilig. Toch kunnen er, zoals bij elke medische ingreep, nevenwerkingen of verwikkelingen optreden. De meest voorkomende (bij 1 op 10 tot 1 op 100 patiënten) zijn: misselijkheid en braken, keelpijn en in mindere mate duizeligheid en dubbelzien, rillen, jeuk, hoofdpijn, spier- en gewrichtspijn, pijn bij het inspuiten van geneesmiddelen of pijnlijke blauwe plekken, verwardheid of geheugenverlies (vooral bij oudere patiënten) en een wat moeizame ademhaling. De meeste van deze klachten zijn tijdelijk en kunnen in veel gevallen voorkomen of behandeld worden. In zeldzame gevallen kunnen ze meerdere dagen tot weken aanhouden.

Een ernstige overgevoeligheid aan geneesmiddelen, krachten/of gevoelsverlies en overlijden treden slechts extreem zeldzaam op (1 op 100 000 patiënten en minder). Daarom is het belangrijk dat u de arts-anesthesist op de hoogte brengt van mogelijke overgevoeligheden en problemen bij vorige ingrepen en anesthesieën, zowel bij uzelf, als bij uw kind of andere familieleden.

Als u hierover meer details wenst, kunt u dit vóór het onderzoek bespreken met uw verwijzende arts of op de raadpleging maag-, darm-, leverziekten.

ALTERNATIEVEN

Volgens de huidige Internationale en Europese richtlijnen is RFA de eerste behandeling voor onrustige cellen zonder kanker of na het verwijderen van een vroegtijdige kanker door een endoscopische behandeling.

Operatieve verwijdering

Operatieve verwijdering van de hele slokdarm is een ingrijpende methode om heel onrustig weefsel te behandelen. Deze operatie kan de nodige complicaties met zich meebrengen en is een zware belasting voor de patiënt, met risico op overlijden. Het grote voordeel van deze ingreep is dat er geen kans meer is op het ontstaan van onrustige cellen.

Endoscopische verwijdering

Endoscopische verwijdering (resecties) van stukjes Barrett-weefsel met onrustige cellen wordt veelvuldig toegepast. De behandeling is duidelijk minder ingrijpend dan een operatie. Aangezien niet al het Barrett-slijmvlies wordt verwijderd, is er een redelijke kans dat niet alle onrustige cellen worden weggenomen en dat deze zich ontwikkelen in de toekomst. De behandeling wordt daarom gevolgd door regelmatige endoscopiecontroles met bipten om eventuele nieuwe onrustige cellen op te sporen. Er is ook een groter risico op slokdarmvernauwing.

Radicale endoscopische mucosale resectie

Een endoscopische behandeling, die net als de RFA ontwikkeld is om het gehele Barrett-slijmvlies te verwijderen, is de zogenaamde radicale endoscopische mucosale resectie (RER). Deze behandeling wordt stapsgewijs uitgevoerd, waarvoor de patiënt meer dan één keer behandeld moet worden. De behandeling is agressiever dan RFA, met een grotere kans op complicaties. Er is een reële kans (80%) op vernauwing van de slokdarm door littekenvorming. De nazorg en controles van deze behandeling zijn vergelijkbaar met die van een RFA-behandeling.

CONTACTGEGEVENS

Funciemeting endoscopie:	tel. 016 34 33 51
Secretariaat maag-, darm-, leverziekten:	tel. 016 34 42 25
Telefooncentrale UZ Leuven:	tel. 016 33 22 11
Spoedgevallendienst:	tel. 016 34 39 00

© juli 2019 UZ Leuven

Overname van deze tekst en illustraties is enkel mogelijk na toestemming van de dienst communicatie UZ Leuven.

Ontwerp en realisatie

Deze tekst werd opgesteld door de dienst maag-, darm- en leverziekten in samenwerking met de dienst communicatie.

U vindt deze brochure ook op www.uzleuven.be/brochure/700965.

Opmerkingen of suggesties bij deze brochure kunt u bezorgen via communicatie@uzleuven.be.

Verantwoordelijke uitgever
UZ Leuven
Herestraat 49
3000 Leuven
tel. 016 33 22 11
www.uzleuven.be

 mynexuzhealth



Raadpleeg uw medisch dossier
via www.mynexuzhealth.be
of download de app

